

И., 55 лет, поступила в хирургическое отделение 3/III 1964 г. с жалобами на рвоту, задержку испражнений и газов, схваткообразные боли в животе. 1/III внезапно вслед за возникшими в правом подреберье болями началась рвота, со 2/III перестали отходить газы, нет стула. Страдает желчнокаменной болезнью с 1956 г.

Болезнь беспокоит. Температура 37,7°. Пульс частый, малый; АД 105/55 мм. Живот вздут, болезнен, перистальтика усилена, симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительн. Диагноз: кишечная непроходимость.

Лапаротомия. Желчный пузырь в спавшемся состоянии, сращен с двенадцатиперстной кишкой. Тощая кишка раздута. Поперечным разрезом из кишки извлечен фасечный камень 3,5×3,5 см, весом 17,7 г, по форме напоминающий треугольную пирамиду, основание которой светло-коричневого, две грани бледно-желтого, третья — серого цвета. Других камней в кишечнике не обнаружено. Желчный свищ не ликвидирован из-за тяжелого состояния больной. Больная выписана 25/III.

Осмотрена через 6 месяцев. Работает, но временами отмечает боли справа в верхней части живота.

УДК 616.36—008.5

### А. П. Борисенко (Москва). О функциональной гипербилирубинемии Жильбера

В последние годы внимание клиницистов привлекают так называемые функциональные гипербилирубинемии. Под этим термином объединяется несколько типов желтух, проявляющихся лишь в нарушении пигментного обмена; признаки усиленного гемолиза, поражения печеночной паренхимы, а также симптомы внепеченочной или внутripеченочной закупорки отсутствуют. Различают две основные группы функциональных гипербилирубинемий. Одна из них характеризуется повышенным содержанием в сыворотке крови связанного (прямого) билирубина. Впервые такое заболевание описали в 1954 г. Дубин и Джонсон.

В настоящем сообщении мы остановимся на другой группе гипербилирубинемий, протекающих с повышенным содержанием в сыворотке крови свободного (непрямого) билирубина. Впервые их описал французский клиницист Жильбер (1901—1902) под названием «простой семейной холемии».

Функциональные гипербилирубинемии диагностируются редко. Таким больным обычно ставят диагноз хронического гепатита, гепатохолецистита, механической желтухи, гемолитической анемии, болезни Боткина, что часто ведет к ненужным терапевтическим мероприятиям, к травмированию психики больного, к ятрогении.

Сообщаем о нашем наблюдении.

Н., 30 лет, поступил 23/XII 1965 г. с диагнозом: обострение хронического гепатохолецистита. Жаловался на незначительные боли в правом подреберье и в эпигастриальной области, на тошноту, желтушное окрашивание склер. Впервые отметил желтушность склер в семнадцатилетнем возрасте. К врачу не обращался, так как ничто не беспокоило. В 1957 г. после перенесенного гриппа желтушность склер усилилась, появились боли в эпигастриальной области и в правом подреберье. Все последующие годы с обострениями гастрита усиливалась желтушность склер (примерно 1—2 раза в год). Особенно интенсивное желтушное окрашивание склер, с появлением желтухи на коже, отмечено в 1962 г. С 1957 г. больной неоднократно лечился в больницах и на курортах. Желтуха полностью никогда не исчезала; боли в эпигастрии и в правом подреберье прекращались.

Осмотическая резистентность эритроцитов минимальная — 0,66, максимальная — 0,34% NaCl. Функциональные пробы печени в норме. Билирубин в сыворотке крови по Иендрашеку 14/XII 1965 г.: прямой — 0,1, непрямой — 4,2 мг%; 8/IV 1966 г.: прямой — отрицательный, непрямой — 2,5 мг%. По Ван-ден-Бергу билирубин колебался от 1,25 до 4,5 мг%, реакция прямая, замедленная. Моча нормальная. Уробилин в моче колебался от одного до четырех крестов. Реакция мочи на желчные пигменты всегда была отрицательной. Билирубин желчи — 6—20 билирубиновых единиц. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгеноскопия грудной клетки и желудочно-кишечного тракта патологических изменений не выявила. При холедистографии хорошо виден контрастированный желчный пузырь грушевидной формы; камни в желчном пузыре не обнаружены.

Поставлен диагноз: функциональная гипербилирубинемия Жильбера.

УДК 616—003.821—616.612—002—616.346.2—002—616—002.36—616.94

### А. Н. Баранов (Кирсанов). Быстротекущая септикемия после заворота слепой кишки и флегмонозного аппендицита у больной, страдающей амилоидно-липидным нефрозом

Одним из тяжелых осложнений острого аппендицита является сепсис. Успехи в лечении гнойных заболеваний и в профилактике послеоперационных осложнений при помощи рационального использования антибиотиков и сульфаниламидов свели до минимума возникновение гнойно-септических осложнений. Только при тяжелых сопутствующих операции заболеваниях, когда организм находится в состоянии пониженной